

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

568

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Francine CARON

SUR

LE COLPO-METRO-SALPINX

UNILATÉRAL

Avec Perforation Vaginale

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

802

568

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Francine CARON

SUR

LE COLPO-METRO-SALPINX

UNILATÉRAL

Avec Perforation Vaginale

Président : M. LEJARS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	REITERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON MARI

PIERRE CARON

Interne des Hôpitaux de Paris

Tué sous Verdun le 28 mai 1916

comme Médecin Auxiliaire de Brancardiers divisionnaires

A MON PÈRE

Le Docteur FRANÇOIS HUE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen,
et Chirurgien honoraire des hôpitaux de cette ville

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LEJARS

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

SUR

LE COLPO-METRO-SALPINX

UNILATÉRAL

Avec Imperforation Vaginale

AVANT-PROPOS

Les malformations congénitales des organes de génération de la femme ne sont pas rares et la littérature médicale s'enrichit chaque jour sur ce sujet. La duplicité de ces organes qui existe aux premiers stades de leur évolution chez l'embryon peut persister jusqu'à la naissance en des modalités différentes, allant des trompes au vagin et capables d'être le départ de tumeurs rares, d'un diagnostic parfois difficile, et au sujet desquelles il nous a paru, à la suite de nos recherches, que les auteurs n'avaient pas encore fixé les règles thérapeutiques très fermes. Il nous a donné, l'an dernier, d'observer un cas typique de ce genre dans la clientèle de la maison de santé de mon père et il nous a paru qu'il pou-

vait être d'une certaine utilité d'en faire la base de notre travail inaugural.

Nous n'avons pas cru utile de nous étendre sur le chapitre de l'embryogénie. Celle-ci est maintenant bien établie depuis qu'on est fixé sur le mode de développement de ces organes au dépens des canaux de Müller et nous n'aurions pu que rééditer quelques pages des ouvrages classiques. Il nous a paru que notre travail devait surtout insister sur les chapitres du diagnostic et du traitement.

On trouvera d'abord la relation aussi complète que avons nous pu la rédiger de l'observation inédite du cas d'hémato-colpo-metro-salpinx unilatéral dont il s'agit ; puis les réflexions et déductions qui nous ont paru en découler, enfin les quelques renseignements bibliographiques récents, se rapprochant le plus de notre cas et qu'il nous a été possible de trouver dans la littérature médicale de ces dernières années.

Qu'il nous soit permis à cette occasion de témoigner ici notre gratitude à ceux qui ont été nos maîtres à l'Ecole et dans les Hôpitaux de Rouen, puis à la Faculté et dans les Hôpitaux de Paris, à tous ceux-là dont l'enseignement nous a été précieux et dont la bienveillance à notre égard restera le meilleur souvenir de nos années d'étude.

Nos premières notions de clinique médicale nous ont été données par le Dr Brunon, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu de Rouen et directeur de l'Ecole de Médecine. Nous ne pouvions souhaiter meilleur

maître pour tout ce qui se rattache à l'étude de la tuberculose pulmonaire et à l'hygiène des malades. Le Dr Née, professeur suppléant chargé de l'enseignement de l'histologie, à toujours été pour nous un guide patient et éclairé ; c'est à lui que nous devons les belles coupes histologiques des pièces relatives à notre observation, ce qui lui ajoute un complément et un intérêt que nous n'avons pas trouvé dans les publications analogues que nous avons pu consulter. Il voudra bien trouver ici un très imparfait témoignage de notre gratitude.

Les terribles évènements que nous venons de traverser, en dépeuplant les hôpitaux de tous nos internes titulaires nous ont donné l'occasion de remplir à Paris, à l'Hôpital Tenon, les fonctions d'interne. C'est ainsi que nous gardons précieusement le souvenir des enseignements journaliers de M. le professeur Macaigue, puis de ceux de M. Dr Riche, chirurgien de l'hôpital Tenon, dans son actif service de chirurgie et que nous ne pouvons penser sans émotion aux quelques mois trop courts que nous avons passés sous la direction du si regretté professeur Gouget.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite) D^r François Hue

En avril 1919 j'étais demandé pour examiner avec mon collègue le D^r Halipré, une jeune fille de quatorze ans, pensionnaire interne dans une Institution de Rouen, qui avait déjà été vue par le médecin de sa famille, le D^r Duchesne de Gournay, et au sujet de laquelle le diagnostic était fort hésitant.

Cette enfant, bien développée pour son âge, avait vu ses premières règles deux ans auparavant, vers sa douzième année, sans que cette première apparition ait été accompagnée d'aucun symptôme spécial. Elle était d'ailleurs déjà robuste et n'avait jamais été sérieusement malade. Puis, les règles avaient continué après quelques mois d'hésitation, à reparaitre très régulièrement ; mais un peu plus souvent que toutes les trois semaines. Peu à peu elles étaient devenues de plus en plus douloureuses, au point d'obliger l'enfant à s'aliter pendant un jour ou deux. Les règles finies, au bout de quatre ou cinq jours, les douleurs disparaissaient et il n'en était plus question jusqu'aux règles suivantes. Cependant peu à peu la durée de la période douloureuse s'était allongée, apportant du fait de la douleur seule, une entrave à l'alimentation normale. Depuis quelque temps l'état géné-

ral avait tendance à périlcliter, en même temps que l'abdomen distendu, d'abord d'une façon passagère, restait maintenant nettement augmenté de volume par l'apparition d'une tumeur facile à constater.

La palpation de cet abdomen laissait percevoir, en effet, une tuméfaction qui paraissait double. Au-dessus du pubis et proéminent un peu à gauche de la ligne médiane se trouvait une masse bombée, dépassant le volume d'une tête de fœtus, mate à la percussion et qu'on aurait pu confondre avec une vessie en rétention. Mais le catéthérisme de la vessie n'amenait que quelques gouttes d'urine sans avoir aucune influence sur le volume de cette tumeur. L'exploration ne déterminait pas de douleurs particulièrement pénibles.

Au-dessus de cette première voussure en existait une seconde beaucoup plus mobile qui paraissait avoir le volume du poing et siéger vers la fosse iliaque droite. Elle semblait plutôt ovoïde transversalement et se laissait déplacer vers la ligne médiane. Sa matité ne se continuait pas avec celle de la tumeur pelvienne, il paraissait bien que les anses intestinales sonores se trouvaient situées entre les deux matités.

Le toucher vaginal ne pouvait décemment être pratiqué. L'hymen était bien perforé, mais étroit et tel qu'il devait être chez une enfant de cet âge. La vulve présentait l'aspect le plus normal aussi. Rien ne bombait au périnée dont le raphé était normal.

Le toucher rectal permettait d'arriver à la masse pelvienne à 6 ou 7 centimètres de l'an us et de constater que cette masse paraissait remplir le bassin avant de déborder au-dessus du pubis. Elle était renitente, de fluctuation vague comme on le

trouve dans certains kystes ovariens congénitaux d'un développement médiocre.

Rectum et vessie s'accommodaient jusqu'à présent de la présence de cette tumeur et il n'existait de ce côté aucun signe de rétention. Peut-être depuis ces deux derniers mois les besoins d'uriner étaient-ils un peu plus fréquents.

Quel diagnostic devons-nous porter ? Il n'existait aucun signe de rétention et les règles avaient une abondance normale pour cet âge. Elles étaient peut-être un peu fréquentes, cela me paraissait une raison de plus pour m'arrêter à l'idée de kyste de l'ovaire. Ces kystes pour n'être pas très fréquents à cet âge n'y sont pas rares, j'en avais déjà observé et opéré. J'en avais même présenté une observation à la Société de chirurgie concernant une fillette de moins de quatre ans. Le Dr Halipré n'était qu'à moitié satisfait. Dans tous les cas, il se rangea à mon avis qu'il existait pas d'autre solution que l'opération et cela sans attendre que l'état général soit sérieusement touché.

L'opération eut lieu à la maison de santé des Sœurs de la Compassion le 3 mai 1919 en présence des Drs Duchesne, Halipré et Bouju.

Chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. — On se rend compte alors des particularités suivantes : Les deux tumeurs, la supérieure inclinée à droite et l'inférieure ou pelvienne plutôt à gauche se continuent entre elles par une sorte d'isthme. La supérieure comparable à la chenille d'un casque, à grosse extrémité tournée à droite paraît dilatée à l'extrême et sur le point d'éclater. Il s'agit évidemment, étant donné sa forme, d'une trompe. Elle aboutit, en dessous à un corps ovoïde du volume d'un gros œuf qui

semble un utérus dilaté et qui lui-même s'implante au sommet du dôme venu du pelvis.

Au premier abord cette délimitation d'organes déformés n'est pas facile, mais le diagnostic s'éclaire rapidement par ce fait qu'une ponction dans la trompe fluctuante ne donne aucun résultat malgré l'aspiration et qu'aussitôt le gros trocart enlevé il s'écoule par la brèche qu'il a créée cette matière si caractéristique des rétentions cataméniales. Afin d'ensortir au plus vite et d'y voir clair, un champ est placé sur le sorte de pédicule par lequel l'utérus s'insère sur le dôme vaginal, par conséquent sur le col de cet utérus et toute la masse supérieure est enlevée d'un coup de ciseaux. Il s'agit en somme d'une subtotale. On s'attaque alors à la plus grosse tumeur qui vient du pelvis. La ponction ne donne là non plus aucun résultat, bien qu'on emploie le plus gros des trocarts à kystes. Le contenu est là aussi du sang rétentionnel épais, le raisiné classique. Le col utérin, qui restait, est enlevé aux ciseaux, ce qui donne un large accès dans cette poche inférieure formée évidemment par un vagin hermétiquement fermé par en bas. Le contenu visqueux sort alors en abondance. Il est épuisé avec des compresses montées au bout d'une pince car on plonge en plein bassin et la toilette de la cavité est achevée avec des compresses imbibées d'éther. Alors on y voit mieux, le diagnostic devient facile maintenant, c'est qu'en effet apparaissent sur la paroi droite du bassin, un ovaire, une trompe et un utérus, organes indépendants avec le volume normal chez une enfant de cet âge, mais la distention des similaires de gauche, maintenant enlevés, avait masqué jusqu'à là. Ce sont eux dont le fonctionnement normal fournissait les règles émises à l'extérieur par un vagin perforé,

tandis que la tumeur était formée par la distention des organes de gauche aboutissant à un second vagin non perforé.

Il ne pouvait être question d'extirper la poche vaginale qui venait d'être déblayée. Les connexions vasculaires avec les organes voisins, l'urètre gauche entre autres, rendaient la tentative périlleuse. Le meilleur parti me parut de faire communiquer ce vagin borgne gauche avec le vagin droit normal. Dans ce but l'index gauche fut introduit par la vulve et il fut facile de se rendre compte que la séparation n'avait guère que un à deux millimètres d'épaisseur. Elle fût incisée au bistouri ce qui donne une assez large boutonnière. Une longue pince remplaçant le doigt put saisir deux longs drains accouplés et les amener au dehors, dépassant la vulve de deux à trois centimètres. Leur extrémité supérieure intra-vaginale seule était perforée.

Par dessus ces drains la perforation du dôme vaginal laissée par l'ablation du col, fut renfermée par un surjet au catgut et un second surjet assura par-dessus encore une parfaite péritonisation.

Fermeture de l'abdomen par trois places sans drainage, suivant la technique habituelle, surjet péritonéal, surjet musculaire, les deux au catgut ; suture de la peau au crin.

Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible, les fils enlevés le douzième jour, l'opérée se levait le dix-huitième. Elle ne fut tracassée que par la présence de ses drains à la vulve. Je tins, en effet, à les maintenir en place aussi longtemps que possible dans l'espoir que l'orifice de communication s'épidermiserait de façon à assurer une boutonnière permanente. Ils ne furent enlevés que le dix-huitième jour avant la sortie du lit.

La pièce enlevée comprenait bien un utérus unicorne portant une trompe dilatée au summum. A l'extrémité et un peu au-dessous de cette trompe se trouvait l'ovaire sous forme d'une petite masse ovoïde du volume d'un petit œuf de pigeon.

Depuis son opération la jeune fille a repris une santé normale et toute douleur abdominale a disparu. Les règles sont revenues au bout de deux mois sans qu'aucune gêne ne les annonce et l'opérée a repris sa place dans la pension où elle complétait son instruction.

L'examen histologique des organes enlevés pratiqué par le Dr Née a donné les résultats suivants :

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Utérus*. — Normal : pas de lésions de la muqueuse dont l'épithélium est intact. La couche musculaire est épaisse mais semblable à celle d'un utérus sain.

Trompe. — La trompe très dilatée contient un coagulum de fibrine et de sang hémolisé. La paroi, très amincie n'est cependant pas altérée dans sa structure. Elle est simplement allongée, étirée.

Ovaire. — Augmentée de volume. Il a subi la dégénérescence scléro-kystique. On n'y trouve aucun follicule jeune ou en voie d'accroissement. Un seul corps jaune ancien.

Cette transformation scléro-kystique de l'ovaire nous paraît à souligner dès maintenant. Elle pourrait être rapprochée de celle d'un autre organe qui lui aussi se sclérose quand ses voies d'évacuation normales sont obstruées ou même déviées, nous voulons parler du rein. Il en résulte que son ablation

n'a plus les mêmes conséquences que celle d'un organe en plein fonctionnement au point de vue des sécrétions internes et le remords de l'avoir sacrifié est moins intense.

Les déductions auxquelles peuvent conduire l'étude de ces cas joint à d'autres cas analogues, dont nous signalerons quelques-uns, nous ont paru pouvoir se diviser en trois chapitres : La pathogénie, le diagnostic et le traitement.

PATHOGÉNIE

Il nous est difficile de nous étendre beaucoup sur la pathogénie, maintenant si bien connue, et que l'embryologie explique si clairement. Les deux canaux de Müller n'ont fusionné dans aucune partie de leur étendue dans notre cas. On pourrait tout au plus se demander pourquoi l'un des deux est resté en route alors que l'autre s'abouchait normalement à la vulve.

L'examen histologique de la muqueuse du vagin fermé n'a pas été pratiqué, ce qui est une lacune. Il eût été intéressant de connaître la nature de son épithélium. Il est assez curieux en effet que le canal de Müller soit dans une partie de son parcours destiné à former la trompe et l'utérus tapissé par un épithélium cylindrique, alors que la section vaginale comporte de l'épithélium pavimenteux. Ce n'est donc pas un processus des téguments externes qui s'enfonce à la rencontre du canal müllérien pour former le vagin.

Cliniquement la muqueuse que nous avons eue sous les yeux dans ce vagin effondré par en haut était une muqueuse à épithélium pavimenteux avec des

plis transversaux tout à fait semblables à ceux d'un vagin normal. Mais la questions des épithéliums est insuffisante probablement à trancher cette question. On peut supposer, en effet, que l'enfoncement externe vers la terminaison du Müller s'est bien fait à droite chez notre opérée et qui n'a pas joint le conduit gauche qui est resté borgne. Il eût fallu remonter trop haut. Cependant l'existence des cloisons transversales, sortes de diaphragmes pouvant exister à toute hauteur du conduit vaginal, n'est guère explicable que par cette rencontre assez loin du plancher périnéal. Bien quedans notre cas le vagin gauche n'ait pas descendu jusqu'à la vulve, son existence nous inciterait à attribuer au canal de Müller la formation dans l'immense majorité des cas du vagin en entier jusqu'à l'anneau hyménéal.

Une autre considération pathogénique peut encore être soulevée par notre cas, c'est celle de l'existence de certains kystes du vagin.

En présence d'un second vagin borgne, dilaté à l'excès au point d'avoir acquis un volume approchant de celui d'une tête d'adulte et destiné après évacuation à sécréter abondamment par toutes ses glandes à mucus dont il était certainement pourvu, il n'y avait que deux partis à prendre : l'extirpation de toute sa muqueuse ou la marsupialisation.

La décortication a été tentée mais elle s'amorçait mal. Le plan de clivage qui eut permis une ablation parfaite ne se trouvait pas facilement. Après des tentatives sur l'étendue d'une paume de main, à peu

près, il fallut y renoncer : on tombait dans le lacis des branches de l'artère vaginale qui donnaient du sang en assez grande abondance. Peut-être la distension extrême de ce vagin avait-elle amené une modification de la sous muqueuse qui rendait la tentative de plus en plus périlleuse. Il parut sage de ne pas persévérer et de se retourner vers la marsupialisation.

Pour marsupialiser se présentaient deux voies : haute ou basse. La voie haute qui aurait mis au-dessus du pubis une fistule destinée à être permanente et cela chez une jeune fille ne fut même pas envisagée. Il a paru infiniment plus logique de déflorer l'hymen pour agir par le vagin. La présence des drains pendant plus de quinze jours peut faire espérer la permanence de l'orifice de communication ; mais il est possible que cet orifice se ferme en se cicatrisant et que la sécrétion muqueuse de ce vagin gauche ne suffise pas pour entretenir l'ouverture ; d'autant plus qu'habitué à une forte distension, il peut laisser accumuler les sécrétions pendant un temps suffisant pour la fermeture.

Au reste pendant tout le temps de leur présence les drains n'ont pour ainsi dire rien donné que quelques glaires et jamais la moindre sécrétion purulente. Avant le départ de l'opérée de la clinique, il n'a pas été fait d'exploration digitale, ni depuis non plus d'ailleurs. Mais on peut penser qu'il y a moitié des chances pour que cette cavité vaginale se close complètement. Dans cette éventualité il se formera donc

sur la paroi gauche du vagin normal un véritable kyste qui pourra acquérir un volume énorme et proéminer dans le vagin normal dans lequel il arrivera à se vider par rupture de l'ancienne cicatrice, surtout si le contenu du vase clos vient à s'infecter. Il est possible aussi qu'il ne soit pas infecté ; il faudra alors ponctionner la tumeur par le vagin sur le point le plus saillant et s'efforcer de relier entre elles les deux muqueuses pour établir une communication permanente, on aura à faire secondairement ce qui a été tenté primitivement avec les deux drains à séjour aussi long que possible ; mais tout ceci n'est aujourd'hui que supposition. Il n'en reste pas moins qu'il y a là matière à ajouter une notion positive pour la pathogénie de certains kystes du vagin, notion d'ailleurs bien indiquée par les auteurs classiques.

La théorie de la dilatation des glandes vaginales comme origine de ces kystes paraît ne répondre qu'à un nombre de cas de plus en plus restreints. On admet aujourd'hui qu'ils tirent surtout leur origine des débris wolffiens et principalement des conduits de Gartner, réalisant ainsi chez la femme ce qui s'observe dans la sphère testiculaire de l'autre sexe. Certains pourraient donc aussi avoir pour point de départ le conduit de Müller dans sa partie inférieure. Ce serait certainement le cas, dans notre observation, si l'obstruction se réalisait, cas complexe en réalité puisque le kyste serait en grande partie la suite d'une intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe serait relativement facile si on songeait plus souvent à la possibilité d'une anomalie de développement ; mais il est assez rare que l'on pense à une anomalie en face d'une tumeur de l'abdomen. Cela tient, en somme, à la rareté de l'hémato-colpos unilatéral et, dans la plupart des observations de ce genre que nous avons pu consulter, le diagnostic n'avait pas été établi de façon ferme avant l'intervention. Il ne fut fait qu'au cours de celle-ci comme dans notre cas.

Cependant ce diagnostic peut être mis en évidence si l'on serre les symptômes de près et surtout si la dilatation rétentielle unilatérale est totale, c'est-à-dire si elle porte non seulement sur le vagin en supplément, mais encore sur l'utérus et sur la trompe.

Considérons d'abord ce fait que ces trois organes se dilatent inégalement sous l'influence d'une accumulation de sang dans leur cavité. C'est ainsi que le vagin semble toujours se prêter plus que le reste à une dilatation excessive. Cela peut tenir à sa structure élastique qui lui permet de laisser passer à la

fin de la grossesse le gros volume du fœtus pour reprendre ensuite des dimensions normales ; on peut aussi invoquer ce fait qu'il est le premier réservoir où viennent s'accumuler les menstrues en rétention. Il est avant les deux autres, et par conséquent plus longtemps sollicité à se dilater. Ce n'est que par reflux que l'utérus, d'abord, et la trompe, en dernier lieu, se remplissent.

L'utérus en dehors de la grossesse et du fibrome, c'est-à-dire en dehors de l'altération physiologique ou pathologique de sa paroi musculaire, ne semble pas se prêter comme le vagin à une dilatation excessive. Sa musculature restée normale doit se contracter et tendre à rejeter son trop plein vers le vagin ; aussi le trouve-t-on globuleux, mais peu augmenté de volume si on le compare aux deux autres réservoirs.

Bien que possédant aussi des parois musculaires, sorte d'émanation des parois utérines, la trompe est loin d'offrir une résistance égale et sa dilatation peut être poussée assez loin ; mais cette dilatation ne saurait dépasser un certain degré sans entraîner la rupture des parois, rupture qui est de règle dans la grossesse tubaire et au sujet de laquelle nous aurons à revenir pour le cas qui nous occupe.

Ces quelques considérations anatomo-pathologiques ont pour but d'expliquer ce fait qu'un hémato-méto-colpos n'est pas une tumeur uniforme, ce qui constitue déjà un élément du diagnostic important parmi les signes objectifs ; s'il est possible de l'explorer attentivement par le toucher on devra

arriver à constater que la tumeur abdominale à diagnostiquer se compose de trois parties inégales. Une principale occupant le bassin, débordant au-dessus du pubis en une sorte de dôme, est constituée par le vagin. Cette grosse tuméfaction est bien enclavée, immobile et impossible à réduire vers l'abdomen. A cette masse principale se trouve annexée une masse secondaire supérieure, bien nettement intra-abdominale, surmontée elle-même par une tuméfaction un peu irrégulière, allongée et mobile, pouvant se déplacer au milieu des anses intestinales, au point de ne pas occuper une situation fixe et de se trouver à certains moments dans une fosse iliaque et à d'autres vers la ligne médiane. On s'explique cette mobilité quand on sait que le siège de la tumeur est la trompe distendue faisant suite à un utérus didelphe de-là un peu mobile lui-même.

Le palper et la percussion abdominale ne donnent guère par eux-mêmes que ces renseignements, mais ils sont précieux.

Le toucher bi-manuel donnerait d'autres indications de premier ordre si, dans tous les cas, on était libre de le pratiquer par le vagin. Dans beaucoup des observations que nous avons pu recueillir il s'agissait, comme dans notre cas, de vierges chez lesquelles cet accès n'est pas pratiqué: 26 o/o d'après Gronowski. Cependant, d'autres observations sinon superposables, au moins présentant une assez notable analogie due à des dédoublements du canal utéro-vaginal, ont été recueillies chez des femmes à la suite même

de grossesses. Le toucher vaginal, alors facile, apporte un nouvel élément de diagnostic en permettant d'accéder à un col utérin normal, souvent même en laissant délimiter un utérus distinct de la masse en question et en indiquant ses connexions plus ou moins étroites avec cette masse. A défaut de toucher vaginal reste le toucher rectal, le seul qui ait été pratiqué dans notre cas, mais on sait combien inférieur au premier dans les renseignements qu'il fournit sur les lésions de l'appareil génital. Par lui nous avons bien pu nous rendre compte qu'il existait un utérus dont on trouvait le col et que cet utérus paraissait un peu mobile alors que la masse principale de la tumeur ne l'était pas. On avait encore la sensation que cette masse n'était pas dure mais rénitente. On n'arrivait pas à percevoir une véritable fluctuation. Une autre donnée était encore fournie par ce toucher rectal, c'est que la plus grosse des tumeurs occupait la plus grande partie du bassin, comme le palper abdominal l'avait déjà fait supposer, mais elle ne descendait pas très bas, elle ne bombait pas vers le périnée. Elle paraissait commencer vers le col utérin. C'était là une cause d'erreur car cette tumeur paraissait se comporter comme celles qui occupent le cul-de-sac postérieur après avoir été enclavées dans le bassin et dans le ligament large.

Ces explorations offraient encore cette particularité c'est qu'elles n'entraînaient pas de douleurs pénibles. Elles n'étaient que désagréables, permettant d'éliminer toute idée de tuméfaction inflammatoire.

L'évolution paraissait avoir été complètement apyrétique, nous disons paraissait, parce que à aucun moment la température n'eut lieu d'être évaluée au thermomètre. Cette apyrexie bien certifiée devait encore entrer en ligne de compte dans le diagnostic.

Enfin les douleurs paroxystiques se produisant exactement pendant la période des règles, et jamais dans leur intervalle, doivent appeler l'attention sur une rétention cataméniale. Ici elle avait été éliminée « d'emblée » du fait que cet écoulement se faisait au dehors par la vulve aussi bien et aussi abondamment qu'on pouvait le souhaiter à l'âge de notre malade, et c'était un tort, car les parents insistaient sur cette coïncidence.

Il paraît vraisemblable que la principale difficulté du diagnostic vient de l'existence d'une menstruation extérieure qui paraît normale et qui porte à éliminer d'emblée l'examen des méfaits d'une rétention possible.

Etant donnés ces éléments de diagnostic sur lesquels nous venons d'insister : âge de la malade, forme de la tumeur, données du toucher, indolence en dehors des périodes cataméniales et apyrexie, avec quelles autres tumeurs pelviennes et abdominales peut-on confondre pareille affection ? Nous ne voyons guère que les kystes de l'ovaire ou du parovarium et peut-être quelques variétés du mégacolon, nous n'insistons pas sur les dilatations vésicales ou les grossesses extra-utérines.

La dilatation vésicale a pour elle sa situation médiane, sa forme régulière et sa disparition par la sonde.

La grossesse extra-utérine suppose le plus souvent un certain passé génital, son développement est plus rapide. Il y a eu suppression des règles puis apparition d'un suintement sanguin continu. L'hymen, sauf exception bien rare, n'est plus intact et le toucher vaginal facile permet une appréciation plus exacte de la nature du contenu pelvien, sans parler des autres symptômes de gravidité, tels que ceux fournis par l'examen des seins.

Le mégacôlon, même limité à un seul segment du côlon pelvien, ne va pas sans un long passé intestinal qui domine la scène. Il constitue en général une tumeur plus abdominale que pelvienne et les adolescentes qui en sont atteintes présentent un développement resté infantile.

Restent en somme les kystes de l'ovaire et du parovaire, qui, non seulement dans le cas inédit que nous analysons ici, mais encore dans les quelques observations à peu près analogues que nous pu consulter, ont été une cause presque excusable d'erreur de diagnostic.

C'est que, en effet, ces kystes de l'ovaire, qu'ils soient dermoïdes ou non, sont plus fréquents que la malformation congénitale déterminant l'hémato-colpo-méto-salpinx unilatéral. On a signalé de ces kystes à tout âge et l'observateur de notre cas, François Hue en a publié dans les *Bulletins de la Société*

de Chirurgie, un cas opéré par lui chez un enfant de quatre ans. Les kystes dermoïdes surtout ont une certaine tendance à se développer à partir de l'établissement de la puberté.

L'âge n'est donc pas un élément qui puisse entrer en ligne de compte pour le diagnostic. La modification des règles non plus. Celles-ci continuent avec la même régularité dans un cas comme dans l'autre. Elles peuvent être plus fréquentes avec le kyste ovarique, mais c'est là une donnée bien précaire. Il n'est pas jusqu'à la poussée douloureuse avec augmentation de volume à ce moment-là qui ne soit possible dans les deux cas.

Un autre point commun encore vient de ce que pas plus dans un cas que dans l'autre, il ne s'agit d'une tumeur dure, mais bien d'une tumeur, si ce n'est fluctuante, au moins rénitente et manifestement fournie par un contenu liquide, ou semi liquide, enfermé dans une enveloppe.

Dans les kystes dermoïdes le contenu en grande partie sébacé avec cristaux abondants de cholestérine et paquets de productions pileuses réalise bien les mêmes conditions que le sang de rétention, épaissi en bouillie épaisse.

De plus, tous les chirurgiens ont exploré de petits kystes de l'ovaire en grande partie pelviens, inclus dans le ligament large et bloqués dans le bassin qui paraissaient plutôt des tumeurs solides que liquides tellement ils étaient tendus. Il n'est pas jusqu'à la forme des kystes qui ne puisse tromper, puisque

dans la forme multiloculaire, la plus fréquente, une poche secondaire peut surmonter les dilatations vaginale et utérine. Peut-être la forme de cette trompe dilatée est-elle caractéristique pour l'observateur, qui y a été déjà pris une première fois ; mais c'est là une notion que la rareté du fait ne met pas à l'acquis de tous les chirurgiens et encore moins de tous les médecins.

L'évolution apyrétique est commune aux deux affections. L'altération de la santé générale ne survient guère dans un cas comme dans l'autre que par suite de l'apparition de douleurs de plus en plus vives et prolongées et par l'exagération de la gêne des organes voisins.

De ce parallèle assez court entre l'hémato-colpometro salpinx et les kystes de l'ovaire que conclure ? C'est que le diagnostic entre les deux affections est assez difficile et que l'erreur déjà fréquemment commise, le sera sûrement encore et qu'elle est en quelque sorte excusable, d'autant plus que le traitement doit être le même dans les deux cas, c'est-à-dire comme nous le verrons qu'il doit consister dans l'ouverture du ventre d'abord.

C'est à dessein que nous avons laissé de côté dans notre examen du diagnostic la ponction exploratrice. Elle n'est pas plus recommandable dans l'hémato-méto-salpinx que dans les kystes de l'ovaire et que dans la plupart des autres affections abdominales. Outre le danger d'infection qu'elle entraîne la ponction a toutes chances de rester blanche dans les cas d'héma-

tométrie. Cela tient à la nature épaisse du contenu. Dans notre observation la grosse canule en usage pour le vidage des kystes ovariens n'avait rien laissé passer, tellement le sang amassé était devenu sirupeux ou mieux colloïde. Il en eût été de même, à plus forte raison, de la canule à petit diamètre des ponctions exploratrices. On ne pourrait même espérer qu'elle serait capable de ramener dans son extrémité quelques gouttes révélatrices. Si en cas de kyste elle est susceptible de ramener du liquide du kyste qui permette d'affirmer le kyste, en cas d'hématomètre elle ne donnerait rien et le diagnostic resterait tout aussi ardu, car même en excluant le kyste elle n'entraîne pas *de plano* la notion certaine de l'autre affection. Si elle n'était pas déjà à rejeter parce que dangereuse, elle le serait presque inutile.

MARCHE, PRONOSTIC

La marche d'une pareille affection, du fait de sa pathogénie, est fatalement progressive. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale qu'il nous a été possible de consulter que les faits de rupture aient été observés en grand nombre ou soient la règle; mais dans peu de cas aussi, nous avons vu signaler la participation de la trompe à la dilatation génitale. Presque toujours il ne s'agit dans les observations que du vagin et de l'utérus dont l'élasticité sans être indéfinie est cependant considérable et dont les parois épaisses ont des ressources en tissus de remplacement. La trompe, bien que participant de la même contexture que l'utérus offre néanmoins des parois plus fragiles. Il n'en faut pour preuve que la rupture classique de la trompe dans la grossesse tubaire, rupture qui détermine l'hématocèle rétro-utérine et même l'inondation péritonéale dont les conséquences sont parfois si rapidement fatales. Dans notre cas ceux qui ont pu voir cette trompe dilatée avec presque le volume du poing et avec des parois paraissant réduites à une mince pellicule ont eu la sensation qu'elle était susceptible de se rompre d'un moment à l'autre. Cette rupture ne s'était pas

encore produite, probablement, de même que la grossesse tubaire éclate quand elle est insérée vers la corne utérine beaucoup plus tôt que lorsqu'elle dilate le pavillon. Ici toute la trompe était dilatée, il est vrai, mais surtout le pavillon fermé à son extrémité par une saillie qui était l'ovaire scléro-kystique. Cette rupture de la trompe pleine de sang peut survenir spontanément ou à l'occasion d'un effort, d'un coup ou d'une chute et il en résulte, comme il est facile de l'imaginer, une variété d'hématocèle pelvienne qui n'a rien à voir avec la rupture d'une grossesse tubaire.

De ces constatations, il résulte que le pronostic de la lésion qui nous occupe est grave et qu'elle ne peut être abandonnée à elle-même.

TRAITEMENT

Il n'y a pas d'autre traitement recommandable que l'opération par la voie haute. De deux choses l'une, en effet, ou le diagnostic a été fait, ou l'on a penché plutôt vers l'existence d'un kyste de l'ovaire. Dans un cas comme dans l'autre la laparotomie s'impose et il faut, sans s'attarder à toutes les considérations qui avaient autrefois leur raison d'être du fait des infections presque certaines, recourir d'emblée à la laparotomie.

Nous repoussons l'évacuation par le vagin perméable, même quand l'accès en est facile, du moment que la trompe participe à la dilatation. Les statistiques qui ont été publiées sur ce sujet sont en effet effrayantes. Dans le livre de gynécologie de Labadie-Lagrave et F. Lagneau on trouve que dans 65 cas de gynatrésie avec hématosalpinx rassemblés par Fuld dans les *Arch. f. Gyn.* de 1889, 48 ont été suivis de mort dont 39 après ouverture de la collection. Non seulement il est presque impossible d'assurer l'asepsie de la région pendant tout le temps nécessaire à l'évacuation de pareilles poches et au retour des organes à l'état à peu près normal,

mais dans le cas même où le vagin et l'utérus ont été évacués dans les meilleures conditions on a observé des ruptures de la trompe qui ne se vidait pas dans l'utérus, mais dont le contenu s'était cependant infecté. Cette rupture aurait lieu trois à cinq jours après l'évacuation et entraîne comme bien on pense une péritonite fatale.

Quelques chirurgiens en face de ce problème ont paru fortement influencés par l'idée d'éviter toute opération mutilante. Mais dans des cas comme le nôtre où les deux processus génitaux sont nettement séparés, où l'apparition régulière des menstrues assure qu'il existe non seulement un vagin perméable, mais un utérus, une trompe et un ovaire à physiologie normale, il ne nous paraît pas qu'il y ait à hésiter un instant sur la suppression de tous les organes atteints par la dilatation. Nous irions même volontiers plus loin en présence de la gravité de l'hématosalpinx double, il nous semble qu'on pourrait être autorisé à avertir la malade ou son entourage de l'utilité qu'il y a à envisager une castration double.

En nous bornant toutefois à l'hématosalpinx unilatéral le seul traitement rationnel consiste donc dans la laparatomie et l'hémi-hystérectomie totale comme elle a été pratiquée dans notre cas.

On peut facilement, par la large ouverture qui en résulte, et en manœuvrant tout à son aise à ciel ouvert, vider la grosse tumeur que forme le vagin, comme on vide tout contenu colloïde avec les mains

et des compresses, puis assurer une communication de la cavité vaginale évacuée avec l'extérieur. Il n'y a pas à songer, en effet, à décortiquer la muqueuse de la totalité d'un vagin de ce calibre. En dernier lieu il est facile de refermer complètement le fond de ce vagin et de périnotiser par-dessus comme dans l'hystérectomie totale ordinaire. Il suffit d'employer l'aseptie et la technique, habituelle maintenant dans ces sortes d'opérations bien réglées, pour obtenir le maximum de sécurité et le succès sans accrocs, comme dans notre cas.

Au reste nous n'avons pas la prétention d'avoir trouvé un procédé nouveau car plusieurs observations analogues ont conduit déjà leurs auteurs aux mêmes conclusions. Notre but a été surtout de chercher à convaincre qu'il n'y a pas à hésiter dans les cas analogues à suivre délibérément la voie haute.

L'examen histologique en dénotant la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire apporte un argument de plus en faveur de l'extirpation d'un organe plus nuisible qu'utile. D'un autre côté toute trompe atteinte aussi gravement qu'elle l'était ici a peu de chance de fonctionner normalement dans l'avenir. Elle reste plus apte qu'une autre à devenir le séjour périlleux d'une grossesse atypique.

OBSERVATION II

(A. J. Bakounine, *Chirurgia*, 1909.)

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, peu développée, dont les règles apparues huit mois auparavant s'accompagnaient de douleurs si violentes que la malade était obligée de se coucher, en même temps qu'apparaissait à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur dure, douloureuse, augmentant de volume et de sensibilité à chaque menstruation, mais ne diminuant pas ensuite. A la fin les douleurs étaient devenues intolérables et continuelles.

A l'entrée à l'hôpital on constate l'état suivant : les organes génitaux externes sont normaux. Au toucher vaginal on sent le vagin rempli par une tumeur molle et élastique, refoulant la paroi droite et antérieure et s'enfonçant profondément dans le petit bassin. En palpant à côté de la tumeur le doigt pénètre profondément dans le cul-de-sac postérieur sans rien sentir qui ressemble à un col utérin. L'examen bi-manuel révèle simplement qu'il s'agit d'une tumeur immobile, dure, arrondie, lisse, du volume d'une tête de nouveau-né, ou davantage.

Le diagnostic n'était pas certain et Bakounine hésitant entre un hématomètre unilatéral ou une tumeur pelvienne intervient. Une petite laparotomie permet de constater que la tumeur était formée par l'utérus distendu et que les ovaires et les trompes étaient normaux. Après fermeture du ventre, ponction de la tumeur vaginale d'où s'écoule un sang noir et poisseux. L'utérus se contracte et on le sent sous le doigt reprendre sa forme normale, tandis que se forme peu

à peu un col utérin pourvu d'un orifice extrêmement étroit. On pratique sur le champ la dilatation du col, l'élargissement de l'orifice de la ponction et on sectionne la cloison qui séparait les deux moitiés de l'utérus. Tamponnement de ces cavités après suture de l'orifice de ponction. La malade sortit guérie après avoir fait un peu d'endométrite.

OBSERVATION III

(Bujalski, *Gynékologie*, n° 6, 1904.)

Utérus didelphe, hématométrie et hématosalpinx.

Laparotomie.

Il s'agit d'une paysanne âgée de vingt et un ans, souffrant depuis un an et demi de douleurs dans le bas-ventre à chaque époque menstruelle. Premières règles à l'âge de quatorze ans. puis, après une année d'aménorrhée, menstruation régulière. Il y a dix-neuf mois accouchement normal, dernières règles il y a un an

A la palpation on trouve dans la fosse iliaque gauche une tumeur solide du volume d'un utérus à trois mois de grossueur. Par l'exploration bi-manuelle on constate que l'utérus est normal comme volume et comme siège. Il en est de même de la trompe droite ; l'ovaire droit est légèrement augmenté de volume. A gauche les annexes sont masquées par une tumeur ne faisant pas corps avec l'utérus et qui présente tous les caractères d'un néoplasme de l'ovaire.

Laparotomie. — On découvre l'utérus avec la trompe droite et l'ovaire droit scléro-kystique. La tumeur que l'on sentait à gauche n'était autre chose qu'un autre utérus

augmenté de volume comme à la fin du troisième mois d'une grossesse. La trompe correspondante gauche était également épaissie et distendue par du liquide. L'extrémité externe de cette trompe gauche avait contracté des adhérences avec les anses intestinales et le fond du petit bassin, nécessitant une dissection laborieuse. Ovaire gauche scléro-kystique volumineux. Après avoir libéré les annexes gauches l'auteur peut constater que les deux utérus étaient indépendants l'un de l'autre. Il se borna donc à l'ablation de ces annexes espérant la régression spontanée de l'utérus correspondant. L'ovaire droit fut réséqué. Suture à deux étages de la paroi abdominale.

Suites opératoires immédiates simples ; mais dix-sept jours après l'intervention suppuration de la plaie ; guérison. Revue un mois plus tard la malade déclarait se porter bien, mais les règles n'étaient pas encore revenues. L'utérus gauche avait diminué de moitié.

L'auteur attire l'attention sur le point intéressant de cette observation : l'utérus gauche ne communiquait ni avec l'utérus droit ni avec le vagin, ce qui est rare.

(C'était à notre avis, une raison de plus pour l'enlever aussi, c'était risquer un danger gratuit que de laisser en place un organe inutile avec pareil contenu).

CONCLUSIONS

Dans les cas d'utérus double avec double vagin et imperforation de l'un de ces vagins, il nous semble que la meilleure conduite à tenir est l'hémihystérectomie totale pratiquée par la voie haute avec aboutement du vagin imperforé dans le vagin normal.

Vu : le doyen,
ROGER

Vu : le président de la thèse,
LEJARS

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Parmi les travaux déjà publiés sur le sujet qui nous occupe il convient de citer, en dehors des traités de gynécologie tels que le précieux volume de MM. Labadie, Lagrave et Félix Lagneu auquel nous avons déjà fait un emprunt), la thèse de G. Gross sur l'hématométrie et l'hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital :

1° (1900). Dans ce travail, à propos d'un cas d'hématométrie latérale simple, 47 cas ;

2° Compliqués d'hématocolpos partiel, 4 cas.

3° Compliqués d'hématocolpos total, 25 cas.

4° Hématocolpos latéral sans hématométrie, 4 cas, vingt-huit fois il existait de l'hématosalpinx et il n'a pas trouvé relatée la rupture dans le péritoine, mais des ruptures dans le vagin ou dans l'autre moitié d'utérus avec dans ces cas l'infection des cavités en vidage : pyométrie ou pyocolpos. La mortalité étant autrefois de 25 o/o entraînait un pronostic grave, mais depuis 1887 cette statistique s'est beaucoup améliorée.

Dans le cas de Gross l'opération consiste dans l'exérèse de la tumeur avec conservation de la moitié utérine intacte.

Plus tard, le même Gross, de Nancy, publie dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (janvier 1904), six observations nouvelles et il conclut que la méthode de choix comme traitement est l'énucléation et l'extirpation par la voie haute.

L'ablation par laparotomie d'une corne utérine accessoire, ou même d'une des moitiés d'un utérus double est une opération facile et qui donne d'excellents résultats. La voie

vaginale employée par Abel n'est praticable que lorsque les circonstances sont particulièrement favorables. Quant à l'hystérectomie elle ne devra être pratiquée qu'exceptionnellement et alors seulement qu'il sera impossible de faire une opération conservatrice.

GRONOWSKI. — Thèse de Munich, 1908, résumée par Woe-geli dans la *Revue de Gynécologie* de janvier-février 1909 : *Du traitement opératoire des malformations de l'appareil génital de la femme.*

L'auteur étudie en particulier les dédoublements du canal utéro-vaginal combinés avec l'atrésie uni ou bilatérale. Le diagnostic de ces dédoublements n'est pas toujours chose facile. On y songera lorsqu'une patiente, à côté des autres symptômes, aura des mamelles supplémentaires (?) ou lorsqu'elle montrera un développement anormal du système pileux (?)

Dans les cas de cloisonnement complet du canal utéro-vaginal combinés avec une atrésie uni-latérale le diagnostic sera difficile, car la menstruation peut se faire tout à fait normalement ; d'un autre côté l'absence complète des règles n'autorise pas à conclure à un dédoublement de l'appareil génital. On soupçonnera une pareille anomalie chaque fois que l'examen révélera un vagin cloisonné, dès qu'on trouvera une portion vaginale porteuse de deux orifices externes, ou deux portions vaginales distinctes ; on aura alors le droit de penser à un dédoublement plus ou moins complet des organes situés plus haut.

Le diagnostic devient presque impossible lorsqu'il s'agit de l'atrésie d'un vagin unique avec utérus double, ou lorsqu'il existe un vagin normal surmonté d'un utérus bicorne dont l'une des cornes est imperforée.

En cas d'hématometrie la ponction ramenant un sang épais, noir, goudronneux, rendra de précieux services, mais il est bon de ne pas s'en dissimuler les dangers.

Sur 77 cas recueillis par l'auteur le diagnostic a été faux trente fois.

Le traitement le plus rationnel de ces dédoublements ne peut être d'après Gronowski que l'opération hâtive. Il rejette,

et pour cause, l'ancienne méthode de Scanzoni et Simon ou des ponctions à travers la vessie, le rectum ou la paroi abdominale quand on ne peut la faire par le vagin (!) Les incisions vaginales offrent un pronostic grave et sont ou inutiles ou suivies de récédive à brève échéance.

L'extirpation des organes par la voie vaginale peut être hérissée de difficultés à cause des adhérences et des déviations toujours possibles. Le meilleur procédé est donc la laparotomie. Celle-ci sera d'ailleurs souvent exploratrice, puisque sur 77 cas le diagnostic précis ne fut posé que dix fois (13 o/o). La ligne de conduite à suivre ensuite tendra à conserver aux malades d'abord la vie, puis la possibilité de la menstruation et même de la conception. En effet, 26 o/o des cas Gronowsk, concernaient des jeunes filles atteignant la puberté. Il considère que le meilleur traitement est l'extirpation de la moitié utérine atteinte d'atrésie avec les annexes correspondantes, ce qui est logique et avait été pratiqué vingt-neuf fois sur les 77 observations. Gronowski n'indique pas les suites fonctionnelles de ces opérations. La mortalité opérative de ces laparotomies n'atteignait que 3,8 pour 100.

DUBREUIL-CHAMBARDEL. — Classification des utérus et des vagins doubles (Revue médicale de la Suisse normande. Genève, 1911).

HOTSCHMIDT. — Des doppeltes utérus and seine opérative Verein. Bonn, 1911.

KEIFFER. — Un cas d'utérus didelphe avec col unique, vagin double et annexes kystiques bi latérales (Bul. de la Soc. Belge de Gyn. et obst. Bruxelles, 1910-1911).

STUCKEY (P.-S.). — A case of double utérus and double vagina (Austral. méd. gaz. Sydney, 1912).

VAUTRIN. — De l'hématocolpos latéral dans les cas de duplicité utéro-vaginale (Bull. Soc. d'obstétrique et de gyn. Paris, 1912).

GIBSON (M.-J.). — Hématocolpos and hématométrie from atrésie of the left vagina in a case of double utérus and vagina (Roy. Acad. Méd. Ireland-Dublin, 1912).

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. -- 4715-20
